SUBMITTED BY: .

DILEY RIDGE MEDICAL CENTER

SOLICITUD DE EVALUACIÓN PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre del Paciente . Teléfono

Domicilio Completo ,

No. de Seguro Social Número de Cuenta(s) Fecha(s) de Servicio

Usted debe postular al programa de asistencia financiera del Diley Ridge Medical Center dentro de los 6 primeros meses desde la fecha en que usted recibió servicios médicos o desde la fecha en que recibió la primera cuenta.

¿Era usted residente de Ohio cuando se le prestaron los servicios médicos?	☐ Si ☐ No	¿Es usted residente de Ohio actualmente?	☐ Si ☐ No
¿Esta usted viviendo en Ohio con el único propósito de recibir atención médica?	☐ Si ☐ No		
¿Estaba usted recibiendo Asistencia por Incapacidad cuando se le prestaron los servicios médicos?	☐ Si ☐ No	Si usted contestó que sí, por favor incluya una copia de su tarjeta de Asistencia por Incapacidad junto con esta solicitud.	
¿Tenía usted seguro médico cuando se le prestaron los servicios médicos?	☐ Si ☐ No	Si usted contestó que sí, por favor incluya la información completa (Nombre/Domicilio de la compañía de seguro médico) junto con esta solicitud.	

Incluya a su esposo/sa e hijos (menores de 18 años, naturales o adoptivos) los que vivan dentro o fuera del hogar.

Nombre	**Edad**	Vive en el hogar	**Parentesco**
		☐ Si ☐ No	Select One
		☐ Si ☐ No	Select One
		☐ Si ☐ No	Select One
		☐ Si ☐ No	Select One
		☐ Si ☐ No	Select One
		☐ Si ☐ No	Select One
		☐ Si ☐ No	Select One
		☐ Si ☐ No	Select One

Patient Employer How Long Hourly rate Hours per week

Spouse Employer How Long Hourly rate Hours per week

INGRESO EN BRUTO (Antes de los impuestos)		PACIENTE No. de Meses mos.	CÓNYUGUE No. de Meses mos.
3 meses O 12 meses antes de la fecha en que se le prestaron los servicios. Ingreso TOTAL.		$ ☐ 3 ☐ 12	$ ☐ 3 ☐ 12
¿Cuál será el ingreso total que usted ESPERA recibir este mes?		$	$
Haga una lista de cualquier otro ingreso mensual que usted reciba y el origen de ese ingreso.		$	$
Si usted declara "$0" como ingreso, por favor dé una breve explicación de cómo se mantiene económicamente.			
GASTOS	Arriendo (renta) / hipoteca (dividendos)	$	$
	Cuentas médicas / recetas médicas	$	$
BIENES	¿Es dueño/ña de su residencia o de otras propiedades?	☐ Si ☐ No Valor: $	
	¿Tiene cuentas bancarias/ saldos?	☐ Si ☐ No Valor: $	
	Otros	Valor: $	

Declaro que la información proporcionada es verdadera y correcta dentro de mis conocimientos y que puede ser sujeta a confirmación por Diley Ridge Medical Center. Estoy consciente de que es posible que me pidan comprobantes de mis ingresos y/o de mis bienes junto con esta solicitud. Para los propósitos de postulación para el programa de asistencia financiera del hospital, autorizo a Diley Ridge Medical Center a solicitar el (los) informe(s) de la oficina de créditos para verificar esta información. Estoy consciente de que si la información fuera falsa, seré yo él/la responsable por el pago de los servicios recibidos. Por favor, incluya una carta explicando alguna circunstancia excepcional.

Click to Sign Firma X Fecha

Select One Go